UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

LE TRAITEMENT

DE L'INFECTION "POST-ABORTUM"

PAR L'IRRIGATION INTRA-UTÉRINE

AU LIQUIDE DE DAKIN

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Janvier 1922

PAR

Charles LAZARE

Né aux Fourneaux (Savoie) le 28 Février 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — FORGUE, professeur, *Président.* ; VALLOIS, professeur ; DELMAS (P.), agrégé. ; MARGAROT, agrégé. — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1922

LE TRAITEMENT

DE L'INFECTION " POST-ABORTUM "

PAR L'IRRIGATION INTRA-UTÉRINE AU LIQUIDE DE DAKIN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0103

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

LE TRAITEMENT

DE L'INFECTION "POST-ABORTUM"

PAR L'IRRIGATION INTRA-UTÉRINE

AU LIQUIDE DE DAKIN

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le **28 Janvier 1922**

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Charles LAZARE

Né aux Fourneaux (Savoie) le 28 Février 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
VALLOIS, professeur.
DELMAS (P.), agrégé.
MARGAROT, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM.	GILIS.
Histologie		VIALLETON.
		GRYNFELTT
Physiologie		HEDON.
Physique médicale		N...
Chimie biologique et médicale		DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Anatomie pathologique		MASSABUAU.
Microbiologie		LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Pathologie interne		N...
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie		N...
Clinique médicale		DUCAMP.
		VEDEL.
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
		FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Clinique des maladies des enfants		N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie		GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM.	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Stomatologie	Dr	WATON.
Histologie	Dr.	GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, *président* | MM. DELMAS (P.), agrégé.
VALLOIS, professeur | MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Que j'ai eu le grand malheur de ne jamais connaître.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Qu'une mort brulale a ravi à ma vive affection le 28 juillet 1918 à Villedomange (Marne) après quatre ans de souffrances supportées avec courage et confiance.

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

C. LAZARE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUVIN

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

ET DE

LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

C. LAZARE.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce travail, qui doit marquer la fin de nos études et notre entrée dans la carrière médicale, nous tenons à rappeler ici la profonde reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui ont formé notre instruction et dont les conseils nous ont été et nous seront toujours d'une si grande utilité.

Que mon père, dont nous avons suivi l'exemple, veuille bien accepter ici l'assurance de mes remerciements pour m'avoir engagé dans cette voie et fait profiter de sa longue expériences des maladies et de la vie. C'est un titre de plus à la reconnaissance que nous aimons lui devoir.

Que M. le professeur Forgue veuille bien recevoir ici l'expression sincère de tous nos remerciements pour avoir bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à remercier M. Chauvin, professeur à l'Ecole de Médecine de Marseille, d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et nous prodiguer ses conseils et ses encouragements au cours de la rédaction de notre travail.

Tous nos remerciements également à nos Maîtres de

l'Ecole de Médecine de Marseille, Messieurs les professeurs Alezais, Boinet, Jourdan, Gaujoux, Guérin-Valmalle, Perrin pour le bon enseignement qu'ils nous ont donné et pour la haute bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée pendant notre séjour dans cette ville.

LE TRAITEMENT

DE L'INFECTION "POST-ABORTUM"

PAR L'IRRIGATION INTRA-UTÉRINE AU LIQUIDE DE DAKIN

INTRODUCTION

Qu'on veuille bien nous excuser d'avoir pris comme sujet de thèse, un mode de traitement de l'infection puerpérale.

En effet, cette affection si grave a fait l'objet de travaux et de communications de beaucoup d'auteurs qualifiés et il peut paraître téméraire surtout pour nous qui n'avons qu'une expérience encore bien courte de l'exercice de la médecine, de nous engager dans cette voie.

Cependant, sur les conseils de M. le professeur Chauvin, devant la gravité de l'infection puerpérale qui, malheureusement, trop souvent encore vient assombrir le pronostic de l'accouchement le plus normal, il nous a paru intéressant d'étudier ce nouveau procédé de traitement né de la guerre.

Dans les pages qui vont suivre, nous allons tout d'abord donner une courte définition de l'infection puerpérale dont nous dirons quelques mots d'étiologie.

A propos des grandes indications de l'infection puerpérale, après avoir parlé des différents procédés thérapeutiques employés pour la combattre et dont la diversité même montre les résultats inconstants, sinon l'efficacité, nous arriverons à parler du traitement par l'irrigation discontinue de la cavité intra-utérine par le liquide de Dakin.

Nous donnerons les résultats obtenus en nous appuyant sur plusieurs observations.

Nous tâcherons enfin de tirer quelques conclusions tendant à montrer que l'emploi de la méthode de Carrel ayant permis de combattre dans plusieurs cas avec succès l'infection puerpérale, on devra y recourir chaque fois que les moyens usuels auront été impuissants à faire disparaître ou à atténuer les accidents infectieux.

CHAPITRE PREMIER

Définition

Toute femme nouvellement accouchée est une blessée et nous dirons même que c'est une blessée grave, car sa plaie du type cavitaire, l'expose aux plus graves dangers.

Supposons que des germes pathogènes pénètrent au niveau des plaies du canal génital et plus particulièrement au niveau de la plaie placentaire, et voilà l'infection puerpérale déclarée.

Celle-ci, se traduisant par une infection générale de tout l'organisme, sera dite généralisée et c'est cette forme que nous avons en vue à propos de l'emploi de la méthode de Carrel.

Cette forme a considérablement diminué depuis la période Listérienne. Alors que la mortalité par infection puerpérale était autrefois de 9,31 p. 100 à la Maternité de Paris, elle est tombée à 1,1 p. 100. Elle n'est plus actuellement que de 0,29 p. 100.

Elle reste cependant très grave et il est du devoir du clinicien de l'éviter tout d'abord et ensuite de savoir la combattre en ajoutant aux moyens thérapeutiques usuels un procédé né de la guerre où il a rendu les plus grands services.

A propos du traitement prophylactique, il nous paraît utile de rappeler que la cause prédisposante la plus im-

portante de l'infection puerpérale est la rétention des cotylédons d'abord, des membranes ensuite, débris organiques qui deviendront en cavité close un excellent milieu de culture pour les germes pathogènes et qu'il faudra tout faire pour éviter.

En fait, l'infection puerpérale est une septicémie secondaire d'origine utérine et, pour la traiter, il faudra combattre l'infection là où elle a commencé, c'est-à-dire dans l'utérus et pour cela irriguer et drainer, buts que la méthode de Carrel a permis de réaliser plusieurs fois avec succès comme nous le verrons par la suite.

CHAPITRE II

Résumé des traitements de l'infection utérine post-partum et de leurs indications

Les auteurs nous enseignaient et nous enseignent encore que, lorsque nous nous trouvons en présence d'accidents dus à l'infection de l'endomètre dans les suites de couches, il est indiqué, en premier lieu, avant de faire une révision de la cavité utérine, d'en rechercher la cause, de connaître le véritable point de départ, d'en préciser en un mot la nature et le siège d'après les divers moyens d'investigation à notre disposition.

Ceci établi, il peut s'agir soit d'infections dues à des plaies urétro-vaginales: deux ou trois jours après l'accouchement on se trouve en présence d'une femme qui offre des manifestations fébriles, que, le plus souvent elle croit être de la « fièvre de lait ». En ce cas, il faut immédiatement porter son attention vers les seins et l'intestin, et ces deux points éliminés, si rien ne fait prévoir aucune autre affection intercurrente, songer à une infection de l'appareil génital.

L'examen de la vulve et du périnée, peut nous faire constater de la vulvite ou de l'inflammation d'une déchirure périnéale, infectée primitivement lors de la suture, ou secondairement par le passage des lochies.

Enfin aucune de ces causes ne pouvant être invoquée

pour expliquer l'élévation de la température et l'accélération du pouls, il faut porter son attention vers l'utérus.

Il peut y avoir infection utérine simple ou compliquée de rétention choriale, placentaire, ou même tout simplement lochiale par anteversion de l'utérus, et c'est là une des causes les plus fréquentes d'infection dont se rendra compte de façon sûre le praticien lorsqu'il sait que les divers temps de l'accouchement ont été normaux et que la délivrance a été complète. Eliminons tout de suite le cas où le praticien sait qu'il y a rétention placentaire, par existence d'un cotylédon aberrant ou fragment placentaire enchatonné, nécessitant un curage ou un curettage d'urgence. Il n'y a alors qu'infection utérine, que faut-il faire?

L'irrigation utérine à l'aide d'une sonde de Budin, de Dalius ou de Fainu, paraît utile, même indispensable à un grand nombre d'accoucheurs, d'autres n'en étant point partisans. Sans entrer plus avant dans la discussion de ce point, nous nous bornerons pour le moment à remarquer que, parmi les antiseptiques employés, il n'en existait aucun, avant celui de Dakin, qui fut suffisamment énergique sans être préjudiciable, soit à l'économie, soit à la vie du malade. Nous n'en voulons pour exemple que les accidents mortels survenus à la suite d'injections intra-utérines faites avec des sels mercuriels (bichlorure de mercure, oxycyanure de mercure), même employés à des doses très faibles et en solution très étendue.

L'iode, sous forme de teinture d'iode, mélangée à l'eau bouillie, ou sous forme de solution iodo-iodurée de Lugol, est un excellent médicament, mais comme nous le verrons plus loin, ce produit doué d'un pouvoir bactéricide très grand ne peut être employé d'une façon continue par suite de l'irritation qu'il provoque sur les tissus. Le bleu

de méthylène à 1 p. 1.000 a donné à Lugeol et à Fieux de bons résultats, mais c'est un médicament d'action antiseptique faible en cas d'infection très grave due à des micro-organismes très virulents comme le streptocoque.

Il y a le plus grand intérêt, en présence d'infection dans les suites de couches, à pratiquer une désinfection totale. Si l'on se borne à désinfecter le vagin, quand il y a déjà propagation du processus infectieux à l'utérus, on perd son temps, alors qu'en réalité, il presse. En pratiquant une injection vaginale, qui pousse les produits nocifs imparfaitement stérilisés vers la cavité utérine, il se produit quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez l'homme atteint de blennorrhagie lorsqu'il procède intempestivement à un lavage urétral sous une pression telle que le liquide passe dans l'urètre postérieur et véhicule des germes infectieux dans ce dernier et dans la vessie.

Il y a donc, dans tous les cas d'infection utérine, après l'accouchement, le plus grand intérêt à réaliser l'antisepsie de l'appareil génital de la femme de haut en bas.

Pour la réaliser, on a pensé, devant l'insuffisance de l'injection intra-utérine, à l'irrigation continue et au drainage.

Les premiers essais de drainage de l'utérus dans l'infection puerpérale furent faits par Wolkmann, Sibude (1878), Fristch, qui introduisaient dans l'utérus infecté un tube en caoutchouc. Fehling drainait avec un tube en verre. Ces essais ne se vulgarisèrent pas; Milton (du Caire) parut innover une méthode lorsqu'il recommanda en 1891, le drainage de l'utérus atteint de métrite aiguë puerpérale avec un tube bivalve en argent.

Les tubes en caoutchouc sont souvent insuffisants. Ils se coudent et s'obturent au niveau de l'isthme utérin; souvent ils permettent l'accumulation et la rétention du pus

entre leur paroi externe et la surface interne de l'utérus. Pour obvier à ces inconvénients Mouchette a fait construire des drains métalliques, de longueur variable et de diamètre gradué.

Ces tubes tiennent seuls sans avoir besoin d'être fixés. Ils assurent la béance permanente de l'utérus et l'écoulement continu du pus utérin dans le vagin. Croisier (de Blois) a conseillé l'emploi d'une sonde de caoutchouc rouge à double courant qu'on laisse à demeure dans la cavité utérine et qui permet de faire des lavages intra-utérins.

L'irrigation continue qui a donné de bons résultats entre les mains de Snéguireff de Moscou, en 1886, a été également employée par Pinard et Varnier. Leur méthode était basée sur l'écoulement continu d'un liquide antiseptique, dans la cavité utérine par l'intermédiaire d'une sonde en étain ou en argent munie d'œillets par lesquels passaient des lacs destinés à assurer la contention par leur entrecroisement autour du bassin.

Le liquide employé était pendant un quart d'heure à une demi-heure une solution de biiodure de mercure à 1 pour 4000, pour ensuite une solution d'acide phénique à 1 pour 100.

Les souffrances endurées par la femme du fait de ce traitement étaient difficilement tolérables et il était, dès lors, compréhensible en certains cas, qu'on fut obligé en même temps d'employer la morphine en injections hypodermiques pour les rendre supportables.

En présence de l'insuffisance du drainage employé seul, du danger présenté par l'emploi, en irrigations continues ou discontinues, des sels mercuriels en gynécologie, et particulièrement en obstétrique, de la douleur provoquée par les solutions phéniquées, de l'irritation causée par

l'action de la solution iodo-iodurée, de l'action faible du permanganate de potasse et du bleu de méthylène, il fallait trouver un antiseptique bactéricide puissant joignant à cette dernière qualité une innocuité absolue. Cet antiseptique, la chirurgie de guerre a consacré sa haute valeur dans des foyers putrides, c'est le liquide de Dakin.

CHAPITRE III

Le liquide de Dakin. — Sa composition Sa préparation

Nous nous contenterons dans la rédaction de ce chapitre de quelques considérations sur le liquide de Dakin qu'il nous a paru utile d'exposer rapidement, tout en restant autant que possible dans les limites de notre sujet.

La solution, dont Dakin a pour la première fois indiqué la formule a, depuis qu'elle a été connue, subi une série de modifications, qualitatives ou quantitatives, parfois peu rationnelles, qui ont conduit, ceux qui l'ont employée, sinon à des échecs, du moins à des mécomptes. Combien de fois, en effet, au cours de la guerre, les chirurgiens ou les pharmaciens des formations sanitaires, ayant volontairement ou involontairement apporté à la formule primitive du liquide des modifications, ont obtenu du fait de son emploi des résultats si peu encourageants qu'ils leur ont permis d'affirmer leur incrédulité à l'égard de ce médicament.

Pour cette raison, il nous a paru indispensable d'indiquer exactement la composition et la préparation du liquide de Dakin suivant son auteur.

Les principes de la préparation de la solution d'hypochlorite de soude chirurgicale et il faut, du moins, l'espérer de plus en plus obstétricale, sont les suivants: Carrel

et Déhelly, dans leur ouvrage du *Traitement des plaies infectées* (Paris, 1917), indiquent qu'une solution d'hypochlorite de soude contient presque toujours une certaine quantité d'alcali libre, même préparée avec le plus grand soin. Or, la présence de cet alcali libre peut être une source très sérieuse d'inconvénients pour les tissus, ainsi que l'ont démontré *in vitro* les auteurs précités. Il est donc absolument indispensable de le neutraliser. Un alcali ne pouvant être neutralisé que par un acide, il fallait choisir un acide, qui lui aussi, ne fut point nocif pour les tissus s'il venait par hasard à être en léger excès. Cet acide, c'est l'acide borique, acide polybasique faible, inoffensif pour les tissus en tant qu'antiseptique.

Les avantages du liquide de Dakin sur les autres produits chlorés dont il dérive (eau de Javel, hypochlorite de soude, liqueur de Labarraque) sont les suivants:

1° En premier lieu, antisepsie parfaite.

2° Deuxièmement, tolérance entière des tissus au contact desquels il se trouve placé;

3° Enfin, conservation assez grande et stabilité relative au point de vue de son degré chlorométrique.

En effet, les expériences faites à ce sujet ont démontré que le liquide de Dakin préparé suivant la formule primitive et conformément aux règles que nous retracerons plus loin, peut se conserver un temps suffisamment long sans perdre de ses propriétés, à condition d'être placé à l'abri de la lumière dans des flacons colorés et hermétiques. C'est là, où il voit un très gros avantage pratique.

Un autre avantage également, et celui-ci n'est point non plus inappréciable, est celui de pouvoir le préparer en solutions plus concentrées, destinées à être diluées au un dixième par exemple au moment de leur emploi, ce qui

permet de préparer le produit à une distance assez éloignée de l'endroit où l'on doit s'en servir.

La formule du liquide de Dakin, ayant tellement varié au cours de la guerre, où chacun voulait avoir la sienne, qu'il nous paraît utile de donner la formule exacte qui est la suivante :

Carbonate de soude ou Solvay.	140 gr.
Chlorure de chaux	200 gr.
Acide borique	40 gr.
Eau	10 lit.

On commence en premier lieu par dissoudre le carbonate de soude dans 10 litres d'eau ; la dissolution étant complète, on ajoute le chlorure de chaux. On agite le mélange et au bout d'une demi-heure, on sépare, par siphonnage, le liquide clair du précipité de carbonate de chaux et on le filtre à travers du coton. Au filtrat, on ajoute 40 grammes d'acide borique.

Pour contrôler ce liquide, et savoir si sa réaction n'est point alcaline, on se sert de la phtaléine. Si la phtaléine colore le liquide obtenu en rose tendu, on ajoute par gouttes une solution d'acide borique à 40 p. 1000 jusqu'à la disparition de cette coloration.

Il faut éviter un excès d'acide borique afin que la solution soit indolore lors de son emploi, de même, le chlorure de chaux doit avoir un degré chlorométrique convenable, si l'on veut vraiment avoir un antiseptique actif.

CHAPITRE IV

Traitement de l'infection utérine par la méthode de Carrel

D'après les considérations exposées plus haut, la nouvelle accouchée est une blessée très exposée du fait que la dégénérescence de la muqueuse utérine, qui survient à la fin de la grossesse, prépare et facilite le détachement de l'œuf, mais elle a aussi pour conséquence une formation de tissus mortifiés, plus que jamais propice à la pullulation microbienne. A cette première condition favorisant l'infection, s'ajoute, comme circonstance aggravante la vaste étendue de la plaie utérine, résultant de la chute de la caduque et du décollement placentaire. Si des éléments microbiens virulents peuvent atteindre la cavité intra-utérine, l'infection qui se produit *post partum* peut, dans certaines circonstances, représenter le type des infections brutales et massives, dans le genre de celles que l'on a vu succéder à de graves traumatismes comme dans la dernière guerre.

Comme la plaie utérine *post partum* ou *abortum*, la plaie de guerre peut comprendre des tissus mortifiés par l'action de la déchirure et du broiement causés par le projectile. Sur ces tissus mortifiés, l'infection trouve un terrain de culture où se trouvent réalisées les conditions optima de température, de milieu, etc. Comme sur la plaie

utérine, on trouvait au niveau de la plaie de guerre des associations microbiennes ou le streptocoque paraît jouer le rôle néfaste prépondérant.

Au niveau de la plaie utérine, comme dans la plaie de guerre, le streptocoque persiste au milieu des autres espèces microbiennes détruites, parce que l'organisme ne réussit pas, comme il le fait si bien pour d'autres germes à se vacciner d'une façon suffisante.

Au point de vue thérapeutique, la conduite à tenir présente de grandes analogies chez la nouvelle accouchée infectée et les blessés graves au cours de la guerre. En effet chez l'un comme chez l'autre, il convient toujours, suivant la formule nouvelle de viser encore plus de terrain que le microbe.

Cette formule a eu pour conséquence de rechercher soit la fonte chimique des éléments cellulaires du terrain de culture par un liquide antiseptique suffisamment actif, soit le lavage mécanique qui entraînait milieu et micro-organismes.

En somme, au cours de l'infection puerpérale, l'utérus joue le rôle de milieu de culture pour le streptocoque surtout, dont les toxines vont se déverser dans l'organisme et y causer les accidents infectieux qui doivent éveiller aussitôt notre attention, si nous voulons arriver à temps pour détruire ce milieu.

En pratique, après un accouchement ou un avortement, s'il se produit une élévation de température anormale dont nous ne pouvons pas préciser exactement la cause, rappelons-nous toujours que notre malade est une blessée et une blessée qui a pu s'infecter. Notre diagnostic ayant été confirmé par l'aspect des lochies, l'état de l'utérus, du col, etc., l'injection intra-utérine nous apparaît comme

le premier acte à accomplir en présence de manifestations infectieuse à point de départ utérin.

Cette injection intra-utérine peut être pratiquée à l'aide des sondes de Budin, Fieux ou Doléris, avec toutes les précautions d'usage.

Le plus souvent, il y a intérêt à employer pour y procéder, soit l'eau iodée, soit l'eau de Labarraque en solution étendue à 15 pour 500, les autres antiseptiques étant soit insuffisants, soit dangereux.

La solution iodo-iodurée suivant la formule suivante:

Iode	3 gr.
Iodure de potassium	6 gr.
Eau	1000 gr.

est excellente, mais doit être employée en grande quantité et c'est un inconvénient assez sérieux. Ses avantages sont l'innocuité absolue et l'absence totale d'intoxication, mais c'est un antiseptique faible, insuffisant, étant donné l'impossibilité d'en faire passer dans l'utérus une quantité qui devrait, pour être efficace, atteindre plusieurs litres parfois, et de pratiquer avec ce liquide des irrigations trop fréquentes.

L'emploi des injections intra-utérines n'ayant pas amené une amélioration sensible dans l'état infectieux de la malade, il faut procéder à un curettage nécessaire, plus que jamais, si le col reste ouvert semblant appeler à son aide le doigt de l'accoucheur. Au lieu d'attendre le résultat du curettage, il y aura intérêt à terminer et compléter celui-ci par la mise en place du matériel nécessaire pour faire l'irrigation discontinue de la cavité utérine par le liquide de Dakin.

L'emploi de l'irrigation discontinue par le liquide de Dakin pour le traitement des plaies infectées qui avait

rendu de si grands services pendant la guerre sous l'énergique impulsion de Carrel, n'est pas nouveau en obstétrique car il a déjà fait l'objet d'une thèse parue à Bordeaux en 1919.

Comme nous l'avons déjà dit, la grande similitude entre les plaies de la guerre et les plaies utérines infectées permettaient et même faisaient un devoir d'appliquer à celles-ci le traitement qui avait si bien réussi aux premières.

Il y aura évidemment avantage à appliquer la méthode le plus tôt possible avant que les toxines microbiennes répandues dans l'organisme n'aient compromis d'une façon irrémédiable le bon fonctionnement des organes essentiels, cœur, foie et centres nerveux.

La méthode consiste à assurer à intervalles réguliers le passage dans la cavité utérine infectée d'une quantité constante de liquide antiseptique jusqu'à ce qu'on ait obtenu la désinfection locale et la chute de la température. Nous verrons d'ailleurs plus loin que ce résultat est rapidement obtenu, car la désodorisation des lochies, la régression utérine, la fermeture du col et parallèlement les modifications du facies et de l'état général suivent très vite la victoire de l'organe et de l'organisme sur l'infection.

Pour appliquer cette méthode, il faut disposer d'une instrumentation très réduite, mais dont l'asepsie devra être assurée d'une façon aussi parfaite que possible.

Le praticien devra se munir, en plus des instruments nécessaires à une révision de la cavité utérine, l'installation du Dakin étant en effet le complément du curettage, de drains en caoutchouc de 15 à 20 centimètres de longueur environ. Ces drains en caoutchouc présentent sur les sondes métalliques ou rigides, dont on a voulu se servir autre-

fois pour l'irrigation continue, l'avantage d'être très bien supportés et surtout de ne point faire courir de risque de provoquer des ulcérations ou des perforations utérines. Ils seront d'un calibre assez fort; il y a intérêt à ce qu'il en soit ainsi, car une fois mis en place leur contention sera beaucoup mieux assurée; on ne peut pas non plus leur donner un calibre trop fort car il ne faut pas qu'il y ait gêne au retour des liquides d'irrigation et à l'écoulement des lochies; d'une façon générale, leur calibre sera d'environ 6 millimètres et variera suivant la perméabilité du col. On lui donnera une longueur suffisante pour que l'extrémité du drain, soit au voisinage du fond utérin. Les dimensions de la cavité utérine ayant été déterminées soit avec un hystéromètre, soit mieux encore avec la curette qui nous a servi à vider l'utérus, nous mesurons sur le tube un segment d'égale longueur destiné à plonger jusqu'au fond de l'organe. A la base de ce segment, nous traversons latéralement la paroi du drain par un catgut qui est noué par le milieu, ses deux chefs restant libres.

Lorsqu'on veut soumettre une femme infectée à l'irrigation discontinue au Dakin, voici comment l'on peut disposer les choses:

La malade sera placée en position gynécologique, la vulve rasée comme pour toute manœuvre sur l'utérus. Le champ sera aseptisé à la teinture d'iode, les cuisses, le pubis et la table seront recouverts de compresses aseptiques.

Deux valves tenues par un aide maintiendront le vagin béant. Une pince de Musseux fixera le col par sa lèvre postérieure.

Un grand lavage vaginal donné avec un liquide antiseptique et chaud ayant débarrassé le vagin des lochies

et des caillots, une révision soigneuse, méticuleuse, méthodique de la cavité utérine, sera pratiquée à la curette mousse. Un grand lavage intra-utérin terminera ce premier temps de nettoyage, lavage pratiqué avec n'importe quelle sonde intra-utérine, mais de préférence avec le dilatateur-laveur de Reverdin qui a le grand avantage, en maintenant le col largement ouvert pendant l'irrigation de permettre l'évacuation facile des caillots et des débris organiques. (Ce lavage devra être non seulement évacuateur, mais encore hémostatique et par conséquent très chaud.) Un écouvillonnage de la cavité avec un tampon imbibé d'un antiseptique quelconque, l'essence de térébenthine par exemple, pourra terminer ce nettoyage préalable.

L'utérus étant vide (certainement et absolument vide), reste à mettre en place le tube laveur. Pour cela, il est porté avec une pince longue quelconque jusqu'au col utérin dans lequel on l'engage et où on le pousse en priant un aide d'appuyer fortement sur l'utérus à travers la paroi abdominale pour corriger l'antéversion de l'organe. Quand le drain est arrivé au contact du fond utérin, le col utérin est au même niveau que le point du drain où on a fixé le fil de catgut. Pour le fixer en cette position, on traverse une des lèvres du col utérin avec l'un des chefs du catgut et on lie le drain sur ce point d'appui. Une aiguille de Chaput rend très facile ce passage du fil à travers le col.

Le tube de caoutchouc en sortant de la vulve traverse un très épais tampon de ouate hydrophile stérilisée perforé en son milieu, destiné à recueillir les liquides de retour et que l'on devra renouveler après chaque irrigation.

Par le tube ainsi mis en place, 100 centimètres cubes de liquide de Dakin sont injectés toutes les deux heures

avec une seringue de Guyon soigneusement stérilisée ; l'injection est poussée lentement, sans pression.

Cette instrumentation, employée par M. le professeur Chauvin, lors du traitement de la malade dont il a bien voulu nous communiquer l'observation, est à la fois beaucoup plus simple et plus sûre que celle indiquée par Cousyn dans sa thèse.

Dans cette dernière, nous voyons en effet la sonde introduite dans l'utérus, y être maintenue par des bandes de gaze nouées autour d'elle et faisant ensuite le tour du bassin et des cuisses de la femme. Avec une pareille installation, il est facile de penser que la sonde primitivement intra-utérine ne devait pas rester bien longtemps en bonne place et c'est bien ce qui semble être arrivé d'après les observations citées dans cette thèse.

De même l'emploi d'une seringue de Guyon pour injecter le liquide de Dakin réduit de beaucoup l'installation matérielle du dispositif habituel qui consiste à se servir d'un récipient suspendu à une potence et dont l'écoulement est réglable par un robinet ou une pince de Nohr à ressort disposé sur le parcours du tube.

On se guidera, pour la durée de l'application de la méthode sur l'état de la malade et l'on retirera le drain irrigateur aussitôt que la température sera tombée, ce qui se produit d'ordinaire très rapidement ainsi que nous allons le voir. Dans le cas où l'on devrait, vu la gravité de l'infection, prolonger au-delà de 36 à 48 heures, la durée de l'irrigation, il faudrait, en changeant le tube, tenir compte des variations de volume utérin, et introduire des tubes de plus en plus courts au fur et à mesure que diminuerait la capacité de l'organe.

Bien entendu, on ne devra pas s'en tenir à cette médication locale et il y aura toujours lieu de résister à l'in-

fection générale par l'emploi des médicaments que l'on considère comme doués de cette propriété : électrargol, sérothérapie, huile camphrée, boissons abondantes, abcès de fixation, bien que cette dernière méthode ait laissé des désillusions nombreuses.

CHAPITRE V

Effets de la médication. Résultats obtenus

Dans tous les cas d'infection utérine, où nous avons vu employer la méthode de Carrel, les meilleurs résultats ont été obtenus. La cessation des symptômes morbides commence généralement de douze à vingt-quatre heures après le début du traitement. La température baisse rapidement, elle est de 37°5 dans l'observation de M. Chauvin vingt-quatre heures après l'application, l'état général devient meilleur, la céphalée disparaît, une décharge urinaire et sudorale a lieu, la leucocytose qui, au début de l'infection, offrait une polynucléose assez sensible pouvant varier de 70 à 80 p. 100 de polynucléaires, redevient normale. Localement, l'utérus est moins gros, et moins douloureux. Les lochies perdent de leur fétidité et de leur aspect noirâtre pour redevenir peu à peu normales. Dans la plupart des cas, le retour à la normale a lieu dans les trente-six à quarante-huit heures, même dans des cas d'infection grave.

Dans l'infection utérine, les résultats ont été satisfaisants. La seule difficulté réside dans la tolérance de la sonde par l'utérus qui obéit toujours aux lois de l'excitabilité, d'où contractions et douleurs qui, pour certaines femmes, peuvent être vives. Nous ajouterons que souvent elles peuvent être dues au liquide employé, dont la com-

position ne répond pas exactement à la formule indiquée dans l'un des chapitres précédents. On peut obvier à ces inconvénients par des calmants (opium, morphine) qui agiront à la fois sur le tissu musculaire utérin et sur l'état général. Ce traitement pourra être employé en ingestion, ou en lavements ou mieux encore en injections hypodermiques.

Si la sonde est expulsée, et si l'utérus se montre, malgré tout, totalement intolérant, à l'égard de la sonde mieux vaut alors recourir à l'injection intra-utérine, mais faite avec le liquide de Dakin. Celle-ci sera répétée deux fois par jour au moins permettant tout de même de réaliser une certaine désinfection.

En résumé, toutes les fois qu'il y aura des phénomènes infectieux dus à une rétention partielle de cotylédons ou de membranes, à une rétention ou de lochies ou de caillots par antéversion utérine, qu'il y aura eu rupture prématurée des membranes, fissure de l'œuf, ou que l'on soupçonnera par les commémoratifs une endométrite chronique, il y aura lieu d'appliquer la méthode de bonne heure. Il en sera de même lorsque le travail aura été laborieux ou qu'il y aura eu opération obstétricale (application de forceps au détroit supérieur ou dans l'excavation, version par manœuvres internes ou embryotomie) ou lorsqu'il s'agira de fœtus mort et macéré et que dans les jours qui suivront l'intervention on ne pourra pas attribuer à une cause évidente l'élévation de température et l'accélération du pouls, signes évidents d'un début d'infection.

Dans tous les cas, le traitement au liquide de Dakin donnera des résultats aussi rapides que surprenants.

Répétons enfin que l'irrigation discontinue au Dakin à l'aide d'un drain à demeure, a l'avantage de combiner

deux méthodes de traitement de l'infection utérine; premièrement, la désinfection par l'action antiseptique du liquide employé, deuxièmement le drainage de l'utérus, qui, pratiqué dans les conditions que nous avons exposées plus haut, n'offre point les dangers présentés par les drains en gutta-percha, en verre, en métal, que divers auteurs avaient proposés. En outre, ce procédé permet, grâce à l'écoulement du liquide antiseptique sous légère pression, de drainer mécaniquement la cavité utérine et de ne point présenter les redoutables inconvénients auxquels se virent exposés Terrier et Bonnaire en réalisant le drainage de l'organe infecté par une mèche de gaze, qui en favorisant la rétention, prédisposait l'infection puerpérale à devenir encore plus virulente.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Observation Première

Due à M. le Professeur Chauvin.

Mme B. P..., âgée de 22 ans, nous est présentée le 23 décembre 1921 pour des phénomènes infectieux graves survenus à la suite d'une fausse couche récente.

Le médecin traitant qui l'accompagne nous dit en effet que le 12 du même mois, dix jours par conséquent avant son entrée à la clinique, la malade avait expulsé un fœtus de six mois et demi, mort depuis trois jours et macéré. Cette fausse couche paraît avoir été provoquée par un état grippal qui l'a précédée de sept à huit jours, avec courbature, malaise général, état fébrile aigu.

L'expulsion du fœtus fut normale et suivi à quelques heures d'intervalle de l'expulsion des membranes que la sage-femme a vues, examinées et qu'elle a affirmé être entières. En effet tout se passa bien pendant les deux premiers jours.

Mais, dès le 15, l'état général commençait à s'altérer, cependant que les pertes devenaient plus abondantes et que la température s'élevait. Les pertes restant absolument inodores. Le ventre souple et les urines contenant « une assez forte proportion d'albumine », le médecin appelé, ce jour-là, songe à « une néphrite aiguë ».

Bientôt cependant, le tableau clinique se précise. La température, le 19, jour où commence la courbe qui m'a été soumise, atteint le soir 40°5; le facies est grippé, les pertes deviennent sanguinolentes. L'hésitation n'est plus possible; il s'agit bien d'une infection utérine et un curage manuel de la cavité est pratiqué tout de suite, ramenant quelques débris placentaires et pas mal de caillots.

A la suite de ce premier curage, la température tombe légèrement le 20 et descend même le 21 au matin à 37°6, mais pour remonter le soir même à 40°5. Des injections d'électrargol sont pratiquées, deux fois par jour, injections sous-cutanées à la dose de 10 centimètres cubes chacune. Un second curettage à la curette est tenté qui ne ramène rien. On fait deux lavages intra-utérins le 21, le 22 et le 23.

L'état ne s'améliorant pas, la malade nous est amenée à la clinique le 23 au soir. Elle est excessivement pâle, prostrée, le teint plombé, le nez aminci, les yeux cernés. Le pouls est à 124, le thermomètre à 40°. Les pertes sont abondantes, sanguinolentes, avec de volumineux caillots; elles ont une odeur franchement fétide.

L'abdomen est très souple. Au toucher on trouve un col mou et très largement ouvert; le corps utérin qui n'est pas revenu sur lui est gros et douloureux à la pression. Il est en antéversion très marquée.

Au moment où nous l'examinons, la malade est en train de terminer un accès septicémique typique avec début par le grand frisson classique, frisson qui présentait ici d'ailleurs une exceptionnelle intensité. Le stade de chaleur, très prolongé, s'est accompagné d'un état de malaise et d'angoisse très accusé. Le stade de sueur, bref vient de finir lorsque nous examinons la malade. Un frisson semblable se reproduisait tous les soirs depuis le 21.

Nous nous trouvions donc, sans aucun doute, en présence d'une septicémie *post abortum* d'origine utérine. L'abondance des pertes sanguines nous faisait supposer que l'utérus, malgré les deux curettages déjà pratiqués n'est pas encore absolument vide, nous décidons pour le lendemain matin une révision de sa cavité.

Le 24 décembre, au matin, sous anesthésie générale au kélène, nous pratiquons un nettoyage de la cavité utérine à la curette mousse, et nous extrayons de la corne gauche plusieurs débris placentaires volumineux présentant ensemble le volume approximatif d'un petit œuf de poule. Ces débris mêlés de caillots dégagent une odeur infecte et sont en pleine putréfaction. La paroi étant partout nette et propre, nous pratiquons une grande irrigation de la cavité avec quatre litres d'eau iodée très chaude et nous terminons par une écouvillonnage de la cavité avec un tampon imbibé d'essence de térébenthine pure.

Etant donnée la gravité de l'infection intra-utérine, nous craignons que ce nettoyage soit insuffisant et nous nous décidons à installer l'irrigation discontinue de la cavité avec le liquide de Dakin. Pour cela, nous choisissons un long tube à drain de 6 millimètres de diamètre dont l'extrémité est coupée net. Les dimensions de la cavité utérine ayant été déterminées, nous mesurons sur le tube un segment d'égale longueur, destiné à plonger jusqu'au fond de l'organe, et à la base de ce segment, nous traversons le tube par un catgut qui est noué par le milieu ses deux chefs restant libres.

Le drain est alors introduit dans la cavité utérine et maintenu en place par le fil de catgut dont on passe l'un des chefs à travers la lèvre antérieure du col à l'aide d'une aiguille de Chaput. Le tube de caoutchouc en sor-

tant de la vulve traverse un très épais tampon de ouate hydrophile.

Par le tube ainsi mis en place, 100 centimètres cubes de liquide de Dakin sont toutes les deux heures injectés avec une seringue de Guyon, l'injection est pratiquée lentement, sans pression. Nous prescrivons, en même temps, 500 grammes de sérum glucose isotonique matin et soir, 5 centimètres cubes d'huile camphrée toutes les six heures et des boissons abondantes.

Le soir, la température monte encore à 39°6; le pouls est à 138. La malade fait encore un accès septicémique avec frisson, chaleur et sueurs particulièrement abondantes.

Le 25 au matin, la température s'est abaissée brusquement à 37°3. La malade a transpiré toute la nuit; son facies est meilleur, mais le pouls reste petite et rapide à 120. On continue sérum et huile. Le soir, le thermomètre ne monte qu'à 37°5; le pouls est mieux frappé à 116; nous enlevons le tube de Dakin qui est resté en place trente et une heures.

L'amélioration de l'état général s'accentue rapidement; le pouls se relève, le facies redevient bon et, dès le 30, la malade pouvait être considérée comme hors de danger.

Observation II

(Personnelle)

Prise à la Maternité d'Aix-en-Provence.

A. M..., 24 ans, primipare, entre à la Maternité, le 3 juillet 1921, pour accidents infectieux survenus à la suite d'un accouchement.

Cet accouchement, qui a eu lieu le 25 juin a été tout à

fait normal; la durée du travail a été de 15 heures et s'est terminé par l'expulsion d'un enfant à terme.

La délivrance s'est faite spontanément, mais nous n'avons pas pu avoir de renseignements sur l'état et l'intégrité des membranes et du placenta. La sage-femme qui accompagne la malade nous dit qu'il s'est produit aussitôt après la délivrance une hémorragie assez sérieuse qui a nécessité l'emploi d'un lavage intra-utérin iodé très chaud.

On nous dit que tout alla bien jusqu'au quatrième jour, c'est-à-dire jusqu'au 29 juillet; ce jour-là, la malade venait de prendre un de ces deux lavages vaginaux quotidiens, quand elle se mit à faire à 8 heures du soir, un accès de septicémie avec frisson très violent. Ce frisson terminé, la sage-femme prit un moment après la température et vit avec effroi que le thermomètre marquait 40°.

Pensant que cette élévation de température devait être autre chose que de la « fièvre de lait », elle fit appeler le médecin habituel de la malade. Celui-ci devant cet état fébrile, l'accélération du pouls qui était à 120, la douleur provoquée par la pression de l'utérus qui était resté gros, l'aspect des lochies et leur odeur fétide diagnostiqua une infection utérine avec début de septicémie. Diagnostic qu'il confirma d'ailleurs par un toucher utérin qui lui permit de trouver un col largement béant d'où s'écoulait un liquide sanieux et fétide.

Il procéda sur le champ à une large irrigation intra-utérine iodée et prescrivit de l'électrargol sous-cutané, de l'huile camphrée et de l'eau lactosée comme boisson.

Le 30 juin, la température matinale étant de 38°5, le médecin traitant fit un curage digital qui lui permit de ramener des débris membraneux et des caillots en voie avancée de putréfaction, qu'il fit suivre d'un grand la-

vage intra-utérin et d'un badigeonnage à la teinture d'iode. Le soir, la température était encore de 39°8 et le pouls à 130, indiquant un état en somme stationnaire.

Il en fut de même le 1 et le 2 juillet malgré des lavages intra-utérins répétés deux fois par jour.

Voyant l'état général de la malade empirer de plus en plus, le médecin traitant décide son envoi à l'hôpital où elle entre le 3 juillet.

La malade présente un aspect très alarmant; température à 40°2, pouls filiforme à 130, facies grippé, l'utérus est gros et douloureux, sans pourtant aucune réaction péritonéale.

La malade anesthésiée au kélène, après désinfection externe et injection vaginale, le vagin maintenu par deux valves, on procède à un curettage à la curette mousse qui permet de ramener encore pas mal de débris.

Après un grand lavage intra-utérin, un drain fut posé dans la cavité utérine en vue de l'installation d'un Dakin. Celui-ci laissé en place 31 heures avec irrigation de 100 centimètres cubes de liquide de Dakin toutes les deux heures ramena le soir la température à 38°5. Le lendemain, la température tombait au-dessous de 38° et s'y maintenait; le pouls se ralentit meilleur. L'état général s'améliora rapidement et quinze jours plus tard, la malade quittait la Maternité en parfaite santé.

Observation III

(Personnelle)

Prise dans le service de M. le Professeur Imbert à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

M. R.., 31 ans, deux enfants bien portants; deux fausses couches provoquées, entre le 5 janvier 1921 à l'hôpital pour un troisième avortement provoqué qui a été suivi d'accidents infectieux très graves.

Cette femme qui paraît être une spécialiste des manœuvres abortives, était enceinte de quarante-cinq jours environ, quand elle s'est livrée vendredi à ces dites manœuvres. Le résultat ne se fit pas attendre, car le lendemain elle était prise de violentes douleurs et expulsait un volumineux caillot suivi d'une hémorragie très forte qu'elle réussit enfin à arrêter par le repos et les injections vaginales très chaudes.

Tout alla bien jusqu'au mardi suivant jour où la malade fut prise de frissons intenses et répétés, suivis de périodes de chaleur et de réaction sudorale légère. La malade qui avait une violente céphalée, prend sa température qui est le matin de 39° et remarque que son pouls bat très vite. L'état infectieux ne s'améliore pas, bien au contraire, car le soir le thermomètre marquait 40°. Pendant ce temps, la malade continuait à avoir de légères pertes accompagnées de l'expulsion de débris membraneux.

Mercredi matin, voyant qu'elle avait encore 39°, notre malade fit appeler son médecin habituel qui pensa à une infection utérine par rétention et essaya de procéder à un curage digital qu'il ne put pas mener à bonne fin. Il prescrivit un lavement évacuateur et des injections vaginales très chaudes. Mercredi soir, la température était de 39°5.

Jeudi matin, le médecin traitant voyant l'état de sa malade toujours grave, avec une température de 39°, lui conseilla d'entrer à l'hôpital où elle arriva le jour même à midi. Le soir, la température était de 39°2. L'interne de garde pratiqua à 6 heures sans anesthésie un curettage qui lui permit de ramener quelques débris ovulaires et qu'il fit suivre d'un grand lavge intra-utérin iodé.

Vendredi, la température était encore de 38°9, aussi procède-t-on à un grand lavage intra-utérin suivi de la

mise en place dans la cavité utérine d'un tube en caoutchouc en vue de l'installation d'un Dakin. L'irrigation eut lieu, à raison de 100 centimètres cubes de liquide de Dakin injecté toutes les deux heures pendant 36 heures. Vendredi soir la température était déjà tombée à 38°2. Nous n'avons pas pu avoir des renseignements sur l'état exact du pouls. On fit en même temps des injections d'huile camphrée et de spartéine.

Samedi, jour où nous voyons la malade, la température est le matin à 37°6, avec pouls à 88, très bien frappé. L'état général est bon, bien que le teint jaune cire de la malade avec muqueuses décolorées, indique qu'elle a perdu beaucoup de sang. Le ventre n'est pas douloureux bien que l'utérus soit encore gros et que les lochies dégagent une odeur plutôt fétide. Le soir la température est de 37°8 et le pouls à 90.

Dimanche 7 janvier, l'état général reste bon, le ventre n'est pas douloureux et les lochies ont perdu leur mauvaise odeur. La malade se plaint néanmoins de céphalée et a 38°, avec un pouls à 130. N'ayant pu suivre la malade plus longtemps, nous sommes forcé de laisser cette observation incomplète, mais nous gardons fermement l'espoir que cette malade guérira parfaitement.

Observation IV

Thèse Bordeaux, 1919.

Accouchement normal en bassin rétréci. Plaies vaginales. Fétidité lochiale le huitième jour. Installation d'un Dakin. La température, qui, le quatrième jour, était de 39°4, monte en 24 heures à 40°2. A la suite de l'irrigation la température baisse et le onzième jour elle est à 37°4.

Sur ces entrefaites, cette malade nous déclare souffrir du côté droit. A l'examen, nous trouvâmes un épanchement pleurétique qui suivit son cours et le lendemain la température remontait à 38°. Cependant il y avait eu du côté utérin des modifications importantes réalisées par le traitement au Dakin.

Observation V

Thèse Bordeaux, 1919.

Infection amniotique. Malade envoyée par une sage-femme parce que le travail est stationnaire depuis longtemps. Dilatation palmaire. Bords de l'orifice de dilatation œdématiés, en avant principalement. Tête dans l'excavation en O. I. D. P. Bruits du cœur bons. Par une double application de forceps on extrait le fœtus. Délivrance normale. Enfant et placenta dégagent une odeur infecte. La température est de 37°2. On fait une injection intra-utérine iodée.

Température élevée dès le premier jour qui suit l'accouchement, 38°6; on fait un lavage utérin iodé. La fièvre persistant, on fait une irrigation au Dakin. L'utérus reste très longtemps gros et élevé. La température cède rapidement. Le huitième jour on cesse les irrigations, la malade allant très bien.

Observation VI

Thèse Bordeaux, 1919.

Accouchement normal. Le deuxième jour la température est, au matin, de 38° et au soir de 38°6, malgré plusieurs injections iodées. On installe un Dakin. Le résultat ne se fait point attendre longtemps. La température

baisse presque immédiatement, mais la malade se plaint d'une douleur au niveau de la corne utérine droite. Glace pendant deux jours. On cesse les irrigations. La malade sort guérie le treizième jour.

Observation VII

Thèse Bordeaux, 1919.

Accouchement normal. Le soir de la délivrance, température 37°4, le deuxième jour, elle reste normale le troisième jour en présence de quelques plaies vaginales on installe un Dakin vaginal. La température continuant à monter, on installe le lendemain un Dakin utérin avec irrigation toutes les deux heures. La température ne cède pas, elle subit même une légère ascension tous les jours. Le septième jour après l'accouchement, la température est de 38°4. A 7 heures du soir, la malade ressent un frisson et la température prise aussitôt après indique 40°2. Injection de 10 centimètres cubes d'électrargol. Abcès de fixation. Irrigation au Dakin toutes les deux heures. La température cède lentement, mais régulièrement. Le douzième jour après l'accouchement, la sonde est expulsée et la température redevenue normale.

CONCLUSIONS

L'infection puerpérale, cette septicémie à point de départ utérin, peut être rapprochée dans ses causes de l'infection par plaies de guerre. Là comme ici, la plaie est une plaie anfractueuse et cavitaire, dans laquelle les micro-organismes pullulent grâce à l'abondance du matériel mort et des tissus détruits qui leur servent de milieu de culture.

Il nous a paru que l'on pouvait de ce fait lui appliquer des méthodes thérapeutiques semblables :

I. — Nettoyage et détersion de la plaie qui devra être débarrassée de tout le matériel mort. L'ébarbement de Lemaître devient en obstétrique le curettage utérin.

II. — Ouverture large et drainage de la plaie. Si le débridement est ici impossible, du moins il nous est possible par la mise en place d'un tube de caoutchouc dans la cavité utérine, d'assurer le libre écoulement de toutes les sécrétions.

III. — Désinfection de la plaie infectée par un antiseptique énergique, mais non toxique réalisée au moyen du tube en caoutchouc dans lequel on pratiquera des injections périodiques de liquide de Dakin.

IV. — La médication habituelle des septicémies ne devra évidemment pas être négligée. Grâce à son action générale, combinée à la désinfection locale par le liquide de Dakin, on pourra voir en 24, 36 heures, rétrocéder les phénomènes infectieux les plus graves.

BIBLIOGRAPHIE

Bostrom. — Traitement de l'infection puerpérale par le sérum humain. *Z. b. furggn.*, 16 avril 1921.

Carrel et Dehelly. — Traitement plaies infectées, 1917.

Cadenat. — L'hystérectomie vaginale dans l'infection puerpérale. *Presse médicale,* 14 janvier 1920.

Cignozi. — Le traitement de certaines infections puerpérales par le sérum normal. *Policlinico,* mai 1920.

Cousyn (André). — Du traitement de l'infection utérine *post partum* par l'irrigation discontinue au liq. de Dakin. Thèse Bordeaux, 1919, n° 84.

Daniel. — Fièvre puerpérale, guérison par les hautes doses de sérum antistreptococcique. *Journal des praticiens,* 20 mai 1920.

Deletrez. — L'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *Le Scalpel,* Belgique, 23 avril 1921.

Doleris. — La fièvre puerpérale et les organismes inférieurs; pathogénie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. Th. Paris, 1880.

Dupont. — Traitement des infections puerpérales streptococciques par un sérum antistreptococcique. *Progrès médical,* 9 juillet 1921.

Foin. — Traitement chirurgical de la septicémie puerpérale par la ligature des veines du bassin. *Gazette Hôp.,* 1907, n° 14.

Forez. — Infection puerpérale et abcès de fixation. *Thèse de Lille,* 1918-1919, n° 12.

Garlot. — Le drainage de l'utérus dans l'infection puerpérale par la position inversée. Thèse Paris, n° 105, 1916-1917.

Hermstein. — Traitement de l'infection puerpérale par la térébenthine. *Centr. f. Gyn.,* 14 mai 1921.

Hellendoll. — Sur le traitement de l'infection puerpérale à l'aide de la solution de Dakin. *Zenb. fur Gyn.,* 18-7-21.

Jeannin. — Etiologie et pathogénie des infections puerpérales putrides Thèse Paris, 1902.

Lahllo. — Le traitement de l'infection post abortum. *Zent. f. Gyn.,* 26 mars 9121.

Lévy-Salol. — Septicémie puerpérale et choc colloïdoclasique. *Gyn. et Obst.,* 1921, n° 1.

Pinard et Varnier. — De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de l'infection puerpérale. *Annales de gynécologie,* 1886.

Pinard et Wallich. — Traitement de l'infection puerpérale, 1896.

Peck. — Le traitement de l'infection post abortum. *The american journal of obstetric and gynec.,* avril 1921.

Planchu et Trillat. — Communication à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Lyon, 1921.

Serangald Vinaver. — Traitement des infections puerpérales streptococciques par un sérum antistreptococcique. *Progr. méd.,* 9-7-1921..

Schottmuller. — Le problème du traitement des infections post abortum. *Munchener Mediz. Woch.,* 3 juin 1921.

Viguer. — La thérapeutique intra-utérine de l'infection intra-utérine post partum. *Progr. Médic.*, 20-11-1921.

Wallich. — Parallèle entre l'infection puerpérale et quelques infections chirurgicales. *Presse médic.*, 27 mars 1919.

Widal. — Etude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. Thèse Paris, 1889.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Le Traitement de l'Infection "Post-Abortum" par l'Irrigation intra-utérine au liquide de Dakin.*

Par M. Charles Lazare

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 9 janvier 1922.
Le Professeur,
FORGUE.

Vu :
Montpellier, le 9 janvier 1922.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 10 janvier 1922.
Le Recteur,
Jules COULET